

### 3.5 Медичне страхування та його значення у фінансовій системі держави

*Стецюк Т.І*

*Київський національний економічний університет*

*ім. Вадима Гетьмана*

#### 3.5.1. Сутність медичного страхування та його роль в системі соціального захисту громадян

Реформування економіки України, в умовах становлення ринкових відносин потребує відповідних змін у системі соціального захисту населення. В трансформаційний період, який і досі триває в Україні, загострюється питання соціального захисту громадян з боку держави і в першу чергу – збереження здоров'я нації.

Важливість забезпечення соціального захисту у сфері охорони здоров'я зрозуміли ще до нашої ери. Так, римський диктатор Юлій Цезарь стверджував: «Здоров'я громадян – найвища турбота держави» [1, с.6].

В Україні питання охорони здоров'я набувають все більшої актуальності. Причинами для цього є довготриваючі ринкові перетворення, наміри щодо інтеграції до Європейського союзу, погіршення демографічної ситуації та інші чинники, які склались в країні. Широке коло проблем галузі охорони здоров'я досліджено як науковцями так і практиками, основними серед яких є неефективне використання фінансових та матеріальних ресурсів, диспропорції у сфері медичної допомоги, відсутність ефективних методів управління, недосконалість законодавства.

Держава гарантує кожному громадянину право на працю, освіту, охорону здоров'я, забезпечує мінімальний рівень заробітної плати, пенсії та інші соціальні виплати. Право на охорону здоров'я в багатьох країнах світу віднесено до категорії природного і невід'ємного права людини, визнання якого передбачене як найважливішими національними законодавчими актами, включаючи конституції, так і актами міжнародного права. У ст. 46 Конституції України закріплено право громадян на соціальний захист, що включає «право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та інших випадках, передбачених законом». Реалізація такого права на практиці – це забезпечення достатнього рівня добробуту громадянам держави, що відповідає міжнародним умовам, а саме ст. 22 Загальної декларації прав людини та ст.9 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, з якої випливає, що держави, беручи участь в даному пакті, визнають право кожної людини на соціальний захист, включаючи право на медичне обслуговування [3, с.25].

Відповідно до Європейської соціальної хартії, право людини на охорону здоров'я зобов'язує держави створити ефективну систему охорони здоров'я для всього населення. Ст. 11, проголошує: «Кожна людина має право користуватись будь-якими засобами, які дають змогу підтримувати своє здоров'я в найліпшому

стані»; та ст. 13: «Кожна людина, яка не має достатніх матеріальних засобів, має право на соціальну і медичну допомогу»[4, с.11].

Україна, яка є членом ВООЗ, визнає право кожної людини на охорону здоров'я природним, невід'ємним і непорушним. Стаття 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801 – XI, визначає охорону здоров'я як «систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя»[5, с.3].

Ретроспективний аналіз стану фінансування медичної галузі доводить, що встановлені державні зобов'язання перед населенням у даній сфері є вагомими але не підкріплені реальним фінансуванням, що свідчить про кризу національної системи охорони здоров'я та закріплення негативних тенденцій у здоров'ї різних груп населення. Думки багатьох учених і практиків системи охорони здоров'я збігаються в тому, що нагальною необхідністю нині є докорінна перебудова діючої системи фінансування управління охорони здоров'я України.

Визначальну роль охорони здоров'я в соціально-економічному розвитку країни можна пояснити, якщо розглядати галузь у макроекономічному контексті. З цього приводу показовим є звіт, підготовлений Комісією з макроекономіки та здоров'я ВООЗ (від 20.12.2001 р.) під назвою «Макроекономіка і здоров'я: вплив інвестицій в сферу охорони здоров'я на економічний розвиток». Згідно з матеріалами цього документа, економічний розвиток подано як мультисекторіальний процес, рівень ефективності якого залежить від рівня розвитку визначених взаємопов'язаних секторів. Взаємозалежність елементів даного процесу зображено на рис. 3.5 [9,с.24].

Економічний розвиток на поданому рисунку відображений як функція дії економічної політики та управління, як функція розвитку внутрішніх факторів: людського капіталу та технологій виробничого капіталу. Якщо розглянути фактори економічного зростання та їх взаємозв'язок то ми побачимо, що найбільший вплив на людський та виробничий капітал має здоров'я яке є одним із найважливіших компонентів економічного розвитку держави.

Стан здоров'я населення за сучасними уявленнями є одним з найважливіших критеріїв оцінки рівня соціально-культурного розвитку суспільства і якості життя громадян будь-якої держави. Інвестиції в здоров'я та охорону здоров'я необхідно розглядати як значний внесок в розвиток національної економіки та скорочення масштабів бідності.

Сьогодні Україна характеризується високими показниками загальної смертності і смертності від окремих причин, які значно перевищують показники для країн Євросоюзу у два рази. Надзвичайно високі показники смертності населення в працездатному віці, які в два – чотири рази вищі за показники у розвинутих країнах. Різка вираженість феномена чоловічої смертності, коли смертність чоловіків у вікових групах 25-44 роки майже у чотири рази перевищує смертність жінок аналогічного віку. Скорочення очікуваної тривалості життя з 1990 до 2010 рр. зменшилась майже у чотири рази, - розрив із

середньоєвропейськими показниками складає більше ніж шість разів, а з показниками країн Євросоюзу – більше в десять разів.

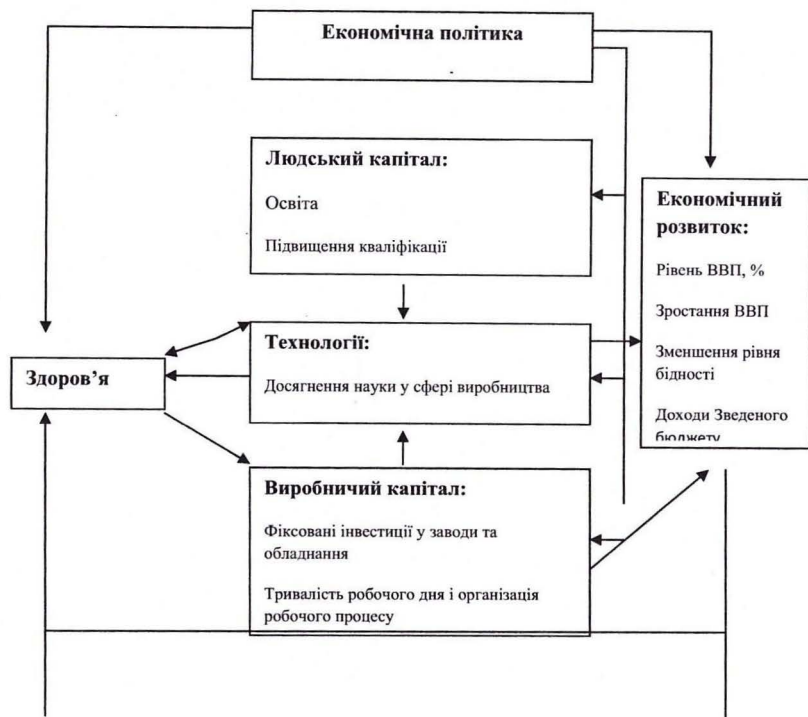


Рис. 3.5 Фактори економічного зростання та їх взаємозв'язок

Здоров'я нації залежить від економічної політики держави, рівня розвитку людського капіталу та рівня технологічного розвитку. Також потрібно відмітити, що здоров'я визначає і генетика, спосіб життя людини, оточуюче середовище, освіта і безперечно рівень та якість медичної допомоги.

В умовах поширення світової фінансової кризи актуальними стають питання пошуку нових джерел фінансування системи охорони здоров'я, що є першочерговим завданням як для держави, так і для суспільства в цілому. Вже сьогодні реальною альтернативою є перехід від системи бюджетного фінансування охорони здоров'я до нової, більш досконалої бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я – системи страхової медицини, яка за справедливим твердженням Т.М. Артюх, вирішує «питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я» [12, с.559].

Страхова медицина базується на таких принципах, як економічна і соціальна захищеність середніх і малозабезпечених верств населення,



гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як фізичних, так і юридичних осіб. Вона охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню. Елементом страхової медицини виступає медичне страхування [13, с.559].

Медичне страхування в умовах трансформації системи соціального захисту в Україні є вираженням державних інтересів та інтересів великої кількості населення. Як страхуванні взагалі, воно, в першу чергу, покликане забезпечити соціальний захист, тим самим суттєво впливаючи на добробут громадян та рівень їхнього матеріального забезпечення.

В науковій літературі медичне страхування трактується по-різному та визначається різноманітністю. Найбільш поширеними є такі визначення. Так Т.М. Артюх акцентує увагу на тому, що медичне страхування є важливим елементом страхової медицини [14, с.559].

Я.П. Шумелда пише: «Під медичним страхуванням треба розуміти різновиди страхових послуг, котрі надаються населенню в добровільній і обов'язковій формі». Не заперечуючи проти того, що послуги з медичного страхування надаються в добровільній і обов'язковій формі, ми разом з тим вважаємо, що в цьому визначенні автор залишив поза увагою інші специфічні риси, притаманні медичному страхуванню [15].

В. Рудень визначає медичне страхування так: «Медичне страхування – це вид страхування населення, при якому страхова медична організація (страховик) на основі страхових премій створює фонд, за рахунок якого зобов'язується фінансувати застрахованим нею громадянам медичні послуги в обсязі та на умовах передбачених договором». На наш погляд, це визначення можна застосувати для визначення добровільного медичного страхування. Разом з тим ми заперечуємо проти тлумачення медичного страхування тільки як виду страхування, оскільки медичне страхування є і підгалуззю особистого страхування [16, с.304].

Далі автор пояснює, що під медичним страхуванням слід розуміти систему економічно-правових відносин між страховиком, страхувальником, надавачем медичної допомоги (послуги) та, за потреби, іншими суб'єктами, за яких страхувальник шляхом сплати страхових внесків забезпечує собі чи іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної послуги в її надавача, з яким страховик уклав договір про обслуговування застрахованих осіб (або за його відсутності – договір асигнансу), а страховик формує та ефективно розміщує грошові страхові фонди, призначені для забезпечення страхової виплати при настанні страхових випадків, передбачених договором.

Так, І. Сардинець наголошує, що «Медичне страхування – це різновид соціального страхування при захворюваннях, коли лікування оплачується з приватних, громадських або державних коштів». На наш погляд, цьому визначенню бракує конкретизації, оскільки залишається незрозумілим джерело компенсації витрат на лікування.



В. Бідний стверджує, що «Медичне страхування – вид соціального страхування населення, що забезпечує оплату медичного обслуговування застрахованим страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового медичного страхування» [17, с.13].

Так наприклад С. Юрій зазначає «Медичне страхування – це форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення функціонування страхової медицини»[18].

А. Миронов дає широке визначення медичного страхування «Медичне страхування – це форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Медичне страхування являє собою страхування на випадок втрати здоров'я за будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою чи нещасним випадком. Воно забезпечується заходами щодо формування особливих страхових фондів, призначених для фінансування медичної допомоги в межах страхових програм. Об'єктом медичного страхування є страховий ризик, пов'язаний із фінансуванням наданої медичної допомоги при настанні страхового випадку» [19, с.312].

Із зазначеними визначеннями С. Юрія і А. Миронова, які розглядають медичне страхування як форму соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, неможливо не погодитися. В переважній більшості дане поняття розглядається у дещо звуженому значенні, що не сприяє розкриттю сутності медичного страхування.

На основі критичного огляду наукової та методичної літератури, узагальнюючи різноманітні підходи до трактування медичного страхування, ми пропонуємо таке визначення: «Медичне страхування – система економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян пов'язаних з втратою здоров'я» [19]. Дане визначення дозволило об'єднати в понятті «медичне страхування» економічні відносини, пов'язані з обов'язкового медичного страхування (у системі соціального страхування) і відносини з добровільного медичного страхування (комерційне страхування).

Як бачимо із визначень, які надаються медичному страхуванню, більшість авторів доводить, що медичне страхування – це форма соціального захисту громадян. Це створює об'єктивні умови для доповнення системи загальнообов'язкового державного соціального страхування приватним страхуванням на комерційних засадах (далі – комерційне страхування). Між соціальним та комерційним страхуванням існують певні розбіжності, які можна звести до таких моментів.

По-перше, державне соціальне страхування здійснюється виключно у обов'язковій формі, відповідно до вимог певних законодавчих актів, які визначають порядок і умови його проведення. Комерційне страхування здебільшого будується на добровільних засадах і являє собою результат узгодження позицій страховика і страхувальника щодо страхового захисту.

По-друге, державне соціальне страхування забезпечує страховий захист громадян від соціальних ризиків і призначене саме для цього. Комерційне страхування покриває не тільки соціальні ризики, сфера його застосування значно ширша.

По-третє, державне соціальне страхування побудоване на обов'язкових внесках, базою для розрахунку яких слугує фонд оплати праці. Ці внески залежать, таким чином, від рівня заробітної плати кожного конкретного платника, який працює за наймом. Розмір страхових внесків (страхових премій), які сплачують страхувальники у системі комерційного страхування, не залежать від рівня їхньої заробітної плати. Він залежить виключно від характеру та розміру застрахованого ризику.

По-четверте, державне соціальне страхування через свою обов'язковість не передбачає необхідності укладання договорів страхування, оскільки внески здійснюються на підставі вимог законодавства. Комерційне страхування завжди базується на укладанні між страхувальником і страховиком договору страхування або оформлюється страховим полісом, який є спрощеною формою договору.

По-п'яте, державне соціальне страхування здебільшого являє собою відкриту систему, в якій сьогодинішні страхувальники фінансують щомісячними внесками соціальний захист минулих страхувальників, а прийдешні страхувальники фінансуватимуть соціальний захист сьогодинішніх страхувальників. Тобто цю систему можна вважати формою перерозподілу фінансових ресурсів між поколіннями. У випадку припинення надходжень від нових поколінь соціальний захист стає неможливим. Комерційне страхування, навпаки, ведеться у закритій сукупності страхувальників і є формою перерозподілу ризиків та збитків в межах цієї системи. Незалежно від того, надходитимуть нові страхові премії чи ні, страховий захист буде забезпечений за будь-яких обставин, оскільки страхова премія, розрахована на основі статистики і математичних методів, відповідає ступеню ризику і здатна забезпечити фінансування відповідних витрат.

По-шосте, державне соціальне страхування будується на некомерційній основі. Коштами фондів державного обов'язкового соціального страхування управляють відповідні державні установи, які є безприбутковими. Комерційне страхування є видом підприємницької діяльності і здійснюється спеціалізованими підприємствами (страховими компаніями), які мають на меті отримання прибутку від проведення цієї діяльності.

Перелічені розбіжності дозволяють зробити висновок про те, що сфери застосування державного соціального страхування і комерційного страхування є відносно автономними. Але неможливо заперечувати той факт, що поряд з розбіжностями між соціальним і комерційним страхуванням є багато спільного. Вони є дуже близькими за принципами своєї побудови.

Характерною рисою як соціального, так і комерційного страхування є надання матеріальної допомоги громадянам зі страхових фондів, створених за рахунок попередніх внесків страхувальників; тісний та безпосередній зв'язок між



обсягами внесків і можливими обсягами відповідних страхових послуг соціального характеру. Тобто рівень матеріальної допомоги відповідає попередньому вкладу страховальників (застрахованих).

Соціальне страхування, так само, як і комерційне страхування, базується на принципі солідарності, відповідно до якого здійснюється перерозподіл коштів між окремими учасниками страхових фондів.

Як бачимо із вищевикладеного медичне страхування є формою соціального захисту і видом соціального страхування. На нашу думку, потрібно розмежувати не тільки поняття «соціальне страхування» і «комерційне страхування» а й розібратися, що таке «соціальний захист».

Сучасна модель соціального захисту населення у переважній більшості держав складається з таких елементів: державна соціальна допомога; державні соціальні гарантії та пільги; державні соціальні послуги; державне соціальне страхування; приватне страхування, яке здійснюється на комерційних засадах страховими компаніями і недержавними пенсійними фондами. Перелічені елементи, взаємоповнюючи один одного надають системі соціального захисту гнучкості, мобільності і всеохопленості.

Основою системи соціального захисту населення має слугувати державне соціальне страхування, здійснюване на обов'язкових засадах. Адже жодна держава, навіть високорозвинена, не в змозі побудувати таку систему соціального страхування яка б була спроможною повністю і ефективно задовольнити потреби усіх верств населення. Проте державне соціальне страхування надає лише певний мінімум соціальних гарантій. Воно орієнтоване на «забезпечення рівня життя не нижче прожиткового мінімуму, встановленого законом» [20, ст.5].

Якщо розглядати медичне страхування в соціально-економічному аспекті, воно є однією з найважливіших складових ефективного функціонування національних систем охорони здоров'я. Актуальність цього полягає в тому, що медичне страхування є формою соціального захисту від ризику, який загрожує найціннішому в особистому і суспільному плані – здоров'ю і життю людини. Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, забезпечуючи більшу доступність, якісність та повноту задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг.

Медичне страхування виступає складовою нормативного функціонування системи охорони здоров'я, економічну основу якої складає фінансування із спеціальних страхових фондів що формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій різних форм власності, які призначені для фінансування надання медичної допомоги населенню в рамках страхових програм, контролю обсягу та якості.

Медичне страхування можна класифікувати за низкою ознак. За формою залучення застрахованих медичне страхування є індивідуальним та колективним. За принципом управління воно поділяється на централізовану, децентралізовану та змішану форми. За характером фінансування системи медичного страхування розрізняють бюджетну, соціальну, приватну, і змішану форми. За формою

проведення медичне страхування поділяється на обов'язкове і добровільне. Обов'язкове медичне страхування (далі ОМС), як складова обов'язкового соціального страхування, має в своїй основі його принципи і виступає гарантією надання громадянам медичної допомоги на однакових умовах та в обсязі державних гарантій. Його учасниками є держава, органи страхування, заклади охорони здоров'я, страхувальники, населення. Фінансовою основою ОМС виступають страхові внески, які акумулюються у спеціальному страховому фонді. Розмір страхових внесків встановлюється у відсотках від доходів роботодавців та найманих працівників, внески мають цільовий характер. Розмір страхового внеску в системі ОМС не залежить від стану здоров'я застрахованого і, відповідно, від обсягу одержаної медичної допомоги.

За добровільним медичним страхуванням (далі ДМС) розмір страхових внесків визначається величиною страхового ризику, який прямо залежить від стану здоров'я застрахованого. Основним призначенням добровільного медичного страхування є забезпечення повного спектра медичної допомоги.

Досвід функціонування системи ОМС в країнах з розвиненою економікою, який налічує десятки років, та досвід деяких країн СНД виділяє ряд переваг даної форми порівняно з іншими системами організації охорони здоров'я. Так, головна перевага перед приватною системою полягає в тому, що ОМС забезпечує однакові та в достатньому обсязі соціальні гарантії незалежно від розміру фінансової участі застрахованого та його платоспроможності.

Відносно державної системи охорони здоров'я ОМС відзначається такими позитивними якостями. По-перше, це цільовий, автономний від бюджету спосіб формування фінансових ресурсів. Страхові цільові фонди мають такі переваги: забезпечують більш значущі позиції охорони здоров'я в системі суспільних пріоритетів; платникам забезпечується гарантія зворотності сплачених коштів у вигляді медичних послуг; послаблюється жорсткість бюджетних обмежень, система охорони здоров'я має змогу отримати додаткові кошти.

Перевагою цільових фондів є також пряма участь роботодавців та найманих працівників у формуванні страхових фондів. Для перших створює матеріальні стимули для забезпечення належних умов праці, вдосконалення технологій, профілактики захворювань. Оскільки одним із джерел формування фондів є заробітна плата, то, відповідно, зростає вартість робочої сили. Це створює об'єктивні економічні передумови для поліпшення її здоров'я. При цьому втрачається безадресність, яка притаманна загальним податковим надходженням, працівник знає частину своєї заробітної плати, яка йде на охорону його здоров'я. Його участь у страхуванні є осмисленою та зацікавленою.

Важливою перевагою ОМС перед державною охороною здоров'я є відсутність монополізму та створення умов конкуренції медичних закладів. Система ОМС утворює специфічний цільовий ринок, на якому задіяні замовник медичних послуг – держава, виробники – медичні заклади та лікарі-професіонали, класифіковані за видами медичних послуг, споживачі – населення, класифіковане за географічним принципом, і посередники,



класифікованих за джерелами надходження фінансових коштів – страхових фондів, страхових компаній. Основою фінансових взаємовідносин є договори з медичними закладами будь-яких форм власності на участь у програмах медичного страхування.

Таким чином, до системи ОМС активно включаються не тільки державні, але й відомчі і приватні медичні заклади, доступні для всіх застрахованих, незалежно від місця роботи і рівня доходів. Це породжує конкуренцію у боротьбі за пацієнтів, та спричинює надання більш якісних і ефективних послуг. В основі функціонування такого ринку лежить інтеграція інтересів усіх його учасників з максимальною вигодою для кожного, завдяки чому система ОМС виявляє ефективність усіх елементів охорони здоров'я.

Перевагою ОМС є також наявність систем позавідомчого контролю якості медичної допомоги і створення служб захисту прав застрахованих [28 с.174]. Про це свідчить досвід роботи страховиків і територіальних фондів ОМС в Росії, який показав, що позавідомчий контроль достатньо ефективний і змушує медичні заклади вжити необхідних заходів для підвищення якості своєї діяльності.

Отже, медичне страхування є об'єктивною потребою як для держави так і для суспільства. Його доцільно розглядати як результат економічного та суспільного розвитку. Медичне страхування є елементом економічного зростання і розвитку, що базується на економічній діяльності суспільства, підвищує його добробут та створює умови для соціального прогресу.

### **3.5.2. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні**

Розвиток добровільного медичного страхування, як і розвиток ринку в цілому, відбувається в Україні нерівномірно. Проблеми, з якими стикаються страхові компанії, що займаються добровільним медичним страхуванням, спричинені низкою чинників, серед яких – економічна ситуація, жорстка конкуренція, високий рівень безробіття, низький рівень платоспроможності населення, недосконалі законодавчі акти, неузгодженість економічних інтересів суб'єктів страхового ринку, захоплення компаніями значної частки ринку, яка не відповідає рівню їхній платоспроможності та фахової компетентності, низький професіоналізм кадрів тощо.

Незважаючи на все це, в цілому галузь страхування, за останні роки не лише змогла вижити та зберегти позиції в економіці країни, а й має сталу тенденцію до зростання. Цю тенденцію демонструє й медичне страхування як специфічна підгалузь особистого страхування. За часів планового господарства потреба у медичному страхуванні як формі захисту майнових інтересів, пов'язаних із втратою здоров'я та працездатності внаслідок хвороби, була відсутня; охорона здоров'я фінансувалась за рахунок державних коштів, а медична допомога надавалась безоплатно. Та проблеми у фінансовому забезпеченні галузі охорони здоров'я стали причиною обмежених можливостей

громадян країни отримати повну за обсягом та якісню за суттю медичну допомогу. Страховий ринок оперативно відреагував на потреби громадян у забезпеченні доступності отримання медичних послуг на прийнятих для них умовах, запропонувавши страхові продукти з ДМС. Отже, протягом останніх років в Україні відбувалися активні процеси з формування ринку добровільного медичного страхування як окремого сегменту страхового ринку.

На сьогоднішній день в Україні сформулювалась певна структура ринку ДМС (рис. 3.6.) Даний ринок можна розглядати як багаторівневу структуру зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями. Саме на страховому ринку відбувається суспільне визначення якості та ціни страхової послуги, саме тут взаємодіють продавець та покупець, урівноважуються, збалансовуються попит та пропозиція.

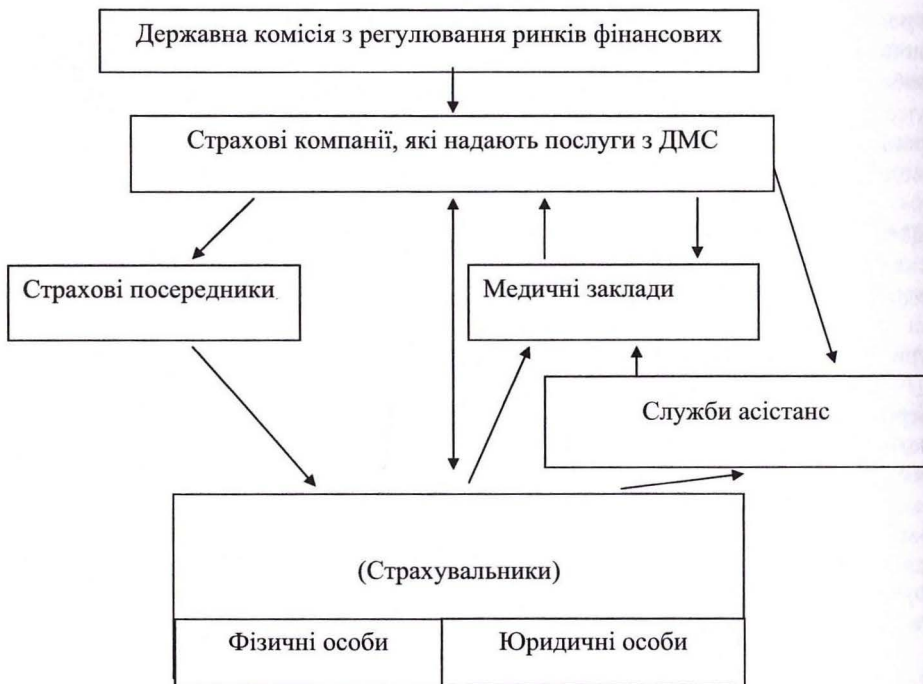
Розглянемо структуру вітчизняного ринку ДМС більш докладно. На вершині ієрархії знаходиться орган нагляду за страховою діяльністю – Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг. Методи державного регулювання страхової діяльності поділяються на дві групи: адміністративні та економічні. На світових страхових ринках переважають адміністративні методи регулювання страхової діяльності. Для цього в різних країнах створюються державні органи, які здійснюють нагляд за страховою діяльністю. Наприклад, у Франції – комісія страхового контролю, у Швеції – страховий інспекторат, у Росії – один із підрозділів міністерства фінансів.

Першою подібною установою в Україні був створений 1993 року за Постановою Кабінету Міністрів України Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю. Основною метою даної установи було регулювання та розвиток вітчизняного страхового ринку. В рамках цього даний Комітет виконував цілий ряд функцій: ведення єдиного державного реєстру страховиків, видача ліцензій на здійснення страхової діяльності, контроль за платоспроможністю страховика щодо виконання ним зобов'язань перед страхувальником, установлення правил формування, розміщення та облік страхових резервів, розроблення методичних та нормативних документів, узагальнення практики страхової діяльності.

У 2000 році згідно з Наказом Президента України було припинено існування цієї установи, а виконання функцій покладено на підрозділ Міністерства фінансів – Департамент фінансових установ та ринків. А 2001 року було створено Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України. Слід зазначити, що дана комісія є найважливішим, але далеко не єдиним органом, який регулює діяльність вітчизняного страхового ринку. Окремими питаннями з регулювання даного ринку опікуються також податкові органи, Антимонопольний комітет, Національний банк.

Державна Страхова компанія діє на страховому ринку як самостійна економічна одиниця, якій притаманні техніко-організаційна єдність та економічна відособленість.





*Рис.3.6 Структура ринку ДМС в Україні*

Страхова компанія має можливість самостійно укласти договори зі страховальником, має реальне право взаємодіяти з медичними установами, асистуючими компаніями, посередниками на страховому ринку та іншими суб'єктами ринкової економіки. Страхова компанія не лише акумулює кошти страховальника, а й забезпечує процес надання йому високоякісних медичних послуг. При цьому слід відзначити, що медичне страхування – один із найбільш технологічно складних видів страхування, проведення якого потребує значних, послідовних, довгострокових зусиль усіх його учасників, у першу чергу, страховика і медичних закладів. У зв'язку з цим в деяких країнах (наприклад в Росії) страхові компанії, які здійснюють медичне страхування, навіть не мають права займатися іншими видами страхування. В вітчизняному законодавстві такого обмеження не існує.

У Законі «Про страхування» сформульовані загальні вимоги до страхових організацій, у т.ч. тих, що здійснюють ДМС. Проте існує проблема підвищення надійності страхових медичних організацій, що беруть участь у ДМС. В даний

час майже 300 страхових організацій мають ліцензії на проведення добровільного медичного страхування, проте дійсно ведуть відповідну роботу близько 70 компаній. З огляду на таку ситуацію, вважаємо, що для застрахованих громадян, і для страхувальників і, відповідно, для медичних закладів має бути на законодавчому рівні виключений ризик «зникнення» страховика разом з його гарантіями надання й оплати медичної допомоги.

Основною вимогою до страхової компанії, що займається ДМС, має бути забезпечення її фінансової стабільності, яка визначається не тільки розміром основного капіталу та співвідношенням власних і залучених коштів. Фінансова стабільність страховика значною мірою залежить від надійності банків, із якими він має договірні відносини; структури розміщення вільних коштів; інвестиційної діяльності; наявності договорів перестрахування тощо. Іншою важливою умовою для страхової компанії є рівень забезпечення захисту прав застрахованого при одержанні ним медичної допомоги. Насамперед, це експертиза якості надання медичної допомоги за програмами ДМС, наявність кваліфікованого персоналу, досвід роботи з ДМС, достатній обсяг зібраної страхової премії.

Специфіка медичного страхування полягає в тому, що при виникненні страхового випадку страховик зобов'язаний забезпечити застрахованому компенсацію не в грошовому вираженні, а шляхом організації та оплати відповідного виду, обсягу і якості медичної допомоги. У зв'язку з цим на страхові компанії лягає і обов'язок контролю за медичною допомогою, що надається застрахованим у медичних закладах. Таким чином, експертиза обсягів і якості медичної допомоги є значною частиною загального обсягу роботи, яку виконує страхова компанія в рамках добровільного медичного страхування.

Добровільне медичне страхування можна вважати повноцінним сегментом національного страхового ринку, і ми маємо всі підстави стверджувати, що його становлення відбулось. На сьогодні воно посідає своє місце у структурі страхового ринку України. Проте динаміка його розвитку є дещо суперечливою. Це підтверджується показниками, наведеними в табл. Як видно з таблиці, абсолютні показники розвитку ДМС за надходженням страхових премій мали сталу тенденцію до зростання. Темп зростання становив 94,2 %. Разом з тим частка ДМС у загальній структурі страхових премій зменшилась порівнянні до 2007 р. на 40%. Це можна пояснити більш високими темпами зростання інших видів страхування: добровільного майнового, автотранспортного та деяких інших видів страхування. Розглянемо частку добровільного медичного страхування в загальному обсязі страхових премій та страхових виплат в Україні (табл.3.7).



**Частка добровільного медичного страхування в загальному обсязі страхових премій та страхових виплат в Україні за період 2007-2010 рр.**

№ п/п	Показники	Роки			
		2007	2008	2009	2010
1	Страхові премії, млн. грн., усього, у т. ч.:	4442,1	6218,5	7350,5	10217,5
2	Добровільне медичне страхування, млн. грн.	189,8	254,0	353,2	452,8
3	Частка добровільного медичного страхування, % (р.2/р.1x100)	4,27	4,08	4,80	4,43
4	Страхові виплати, млн. грн., усього, у т.ч.:	543,1	1336,5	2053,4	3550,6
5	Добровільне медичне страхування, млн. грн.	133,8	170,0	226,7	352,0
6	Частка добровільного медичного страхування, % (р.5/р.2x100)	24,60	12,70	11,04	9,91
7	Рівень виплат, млн. грн., усього, (р.4/р.1x100)	12,22	21,49	27,93	34,75
8	Рівень виплат з добровільного медичного страхування, млн. грн., (р.5/р.2x100)	70,49	66,92	64,18	77,73

Розраховано автором за даними Держфінпослуг.

Розглянемо величину страхових виплат за договорами ДМС та їх частку в сукупному здійсненні страховиками страхових виплат за досліджуваний нами період (2007-2010), що подано в табл. 3.8.

Дані розрахунку свідчать, що частка страхових виплат з ДМС з 2008 року має тенденцію до зниження. Темпи зростання сукупних страхових виплат перевищують зростання страхових виплат по ДМС за період 2007-2010 рр. майже втричі, крім того дані носять суперечливий характер. Так, абсолютні показники збільшувалися (від 93,2 у 2007 до 181,0 у 2010).

**Частка виплат ДМС у 2007-2010 рр.**

Показники	Роки				Темпи приросту, %		
	2007	2008	2009	2010	2006/2005	2008/2007	2010/2009
Валові виплати, всього, млн. грн.	424,1	543,1	860,6	1540,3	28,1	102,9	263,2
ДМС, млн. грн.	93,2	133,8	162,9	181,0	43,6	104,8	94,2
Частка ДМС, %	21,9	24,6	18,9	11,7	х	х	х

Розраховано за даними Держфінпослуг

Для добровільного медичного страхування характерна складна процедура врегулювання страхових випадків і висока відповідальність страховика, фахівців асистанських центрів, лікарів медичних установ. Рівень збитковості ДМС іноді може досягати 80-90 %. Нині на страховому ринку України медичне страхування за ступенем дохідності для страховика знаходиться на передостанньому місці серед усіх здійснюваних видів ризикового страхування. За оцінками експертів, медичне страхування на першому етапі введення до портфеля компанії є збитковим, а на другому – нерентабельним. У подальшому прибутковість подібних операцій може коливатись у межах 2-10 %. А тому здійснювати ДМС можуть лише ті компанії, які мають стабільний та збалансований страховий портфель. Усе це визначає природну диференціацію страховиків за обсягами здійснення ДМС на страховому ринку.

Особливо активно ДМС почало розвиватись упродовж останніх років. Це пов'язано з дією чинників економічного та організаційного характеру. До перших належить зростання рівня доходів населення, що сприяє підвищенню попиту на якісні медичні послуги, розвиток в Україні підприємств із іноземними інвестиціями, де добровільне медичне страхування включається до складу соціального пакету. До других – налагодження відносин між суб'єктами медичного страхування: страхова компанія – асистанський центр – медичний заклад – застрахована особа. Така схема дозволяє залучити більшу кількість медичних закладів до співпраці зі страховими компаніями, посилює зацікавленість державних медичних установ щодо отримання додаткових коштів для підвищення рівня своєї матеріально-технічної бази. Крім того, залученню більшої кількості клієнтів сприяє відкриття страховими компаніями власних клінік.



На розвиток загального ринку ДМС значним чином впливають показники розвитку окремих видів медичного страхування. Конкуренція на страховому ринку є основним фактором його модернізації за такими напрямками як тісне прив'язування страхових продуктів до безпосередніх потреб клієнтів, включення до складу програм супутніх послуг, (наприклад, відвідування тренажерного залу, басейну), розширення переліку хвороб, що покриваються страховим захистом (лікування туберкульозу, цукровий діабет) тощо. Динаміку розвитку ДМС у розрізі окремих видів страхування показано в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

**Склад та структура добровільного медичного страхування в Україні за окремими видами в 2004- 2007 рр.**

Показники	Роки							
	2007		2008		2009		2010	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Страхові премії за ДМС, всього в т.ч.:	308,9	100,0	403,8	100,0	434,5	100,0	511,1	100,0
Безперервне страхування здоров'я	213,1	69,0	290,3	71,9	320,8	73,8	385,1	75,3
Страхування здоров'я на випадок хвороби	76,7	24,8	89,3	22,1	85,7	19,7	90,6	17,7
Страхування медичних витрат	19,2	6,2	24,2	6,0	28,0	6,4	35,4	6,9

Розраховано автором за даними Держфінпослуг.

Проведене нами дослідження показало, що послуги з добровільного медичного страхування є достатньо вартісними при показниках рівня виплат за цим страхуванням, які набагато перевищують показники розвитку рівня виплат у цілому по ринку та мають сталу тенденцію до зростання.

У 2007 році частка зібраних страхових премій за договорами безперервного медичного страхування становила – 69,0 %, страхування здоров'я на випадок хвороби – 24,8 %. Це пояснюється тим, що безперервне страхування здоров'я користується більшою потребою у страхувальників, даний вид страхування покриває більше ризиків чим страхування здоров'я на випадок конкретної хвороби. На ринку ДМС з'являється новий страховий продукт – страхування медичних витрат, що становить всього 6,9 %, це свідчить про зміну пріоритетів у бажаннях страхувальників, а саме: для них

цінною стає страхова виплата у момент одержання медичної послуги, а не після хвороби. В аналізованому 2010 році не змінюється співвідношення між безперервним страхуванням здоров'я і страхуванням здоров'я на випадок хвороби, сума премій з першого виду перевищує аналогічний показник з другого в чотири рази. Це підтверджує нашу думку про те, що за якісними показниками наданий страховий продукт більше задовольняє потреби страхувальників у страховому захисті ризиків, пов'язаних з втратою здоров'я.

За даними експертів, ДМС за рівнем попиту на страхові послуги посідає друге місце після автотранспортного, і реальні темпи його зростання становлять приблизно 20-30 % щорічно, що є досить високим показником для ринку.

Останнім часом вартість медичного страхування поступово здешевлюється. По-перше, компанії мають можливість робити більш дешевими послуги за рахунок збільшуваної кількості застрахованих громадян. По-друге, враховуючи, що страховики працюють на досить обмеженому ринковому полі, рівень конкуренції досить високий. На ринок добровільного медичного страхування постійно виходять нові компанії, але їм досить складно запропонувати якийсь ексклюзивний страховий продукт, оскільки через 3-4 місяці він стає надбанням усього страхового ринку.

Законодавством визначено, що при здійсненні ДМС основним джерелом фінансового забезпечення є кошти страхувальника зосереджені у страхових резервах, а як додаткове джерело отримання коштів виступає прибуток від вкладення тимчасово вільних коштів. Практика здійснення страхової діяльності доводить, що значні прибутки страхові компанії отримують від розміщення тимчасово вільних коштів на фінансовому ринку, виступаючи тим самим в якості потужного інвестиційного ресурсу для держави. Зростання інвестиційного капіталу зумовлене такими факторами як страхові резерви, які збільшуються з розширенням страхових операцій, та значний власний капітал. Роль страхових компаній як постачальників капіталу, визначають такі фактори як обсяг ресурсів, якими вони володіють, і терміни, протягом яких ці ресурси можуть використовуватися.

Страхові компанії через специфіку своєї діяльності (залучення значних сум грошових коштів з відстрочкою їх виплати), можна розглядати як спеціалізований інвестиційний інститут. До основних напрямів розміщення коштів страхових компаній належать банківські вклади, цінні папери та інші права участі, включаючи державні цінні папери, валютні цінності, нерухомість. Розміщення коштів страхових компаній на фінансовому ринку є вигідним для держави, оскільки відбувається поповнення грошової маси, що перебуває в обігу, що тим самим стримує інфляцію, стабілізує національну грошову одиницю. Отже, як складова фінансової системи держави, добровільне медичне страхування бере участь у розподільних та перерозподільних відносинах, що має вплив на темпи економічного зростання.

Водночас на національному ринку страхування існують певні чинники, які перешкоджають ефективному й широкомасштабному функціонуванню ДМС.



По-перше, це відсутність чіткої законодавчої бази, яка б регламентувала діяльність сектору платних медичних послуг По-друге, недосконалість чинної системи оподаткування, що не заохочує залучення коштів страхувальників – юридичних осіб (згідно із Законом України «Про оподаткування прибутку підприємств» витрати на особисте страхування (крім страхування життя) не відносяться до складу валових витрат). По-третє, масовому охопленню фізичних осіб цим видом страхування перешкоджає висока вартість страхових продуктів.

Добровільне медичне страхування нині є ще дорогою послугою для більшості населення України. Водночас за невизначеності концепції запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування ДМС є реальним, дієвим засобом вирішення питання підтримки здоров'я громадян країни. Подальший розвиток добровільного медичного страхування безпосередньо залежить від стану вітчизняної економіки, політики оподаткування, стану галузі охорони здоров'я, діяльності страхових компаній щодо просування відповідних продуктів на ринок.

Ураховуючи тенденції, які склалися на ринку добровільного медичного страхування, і загальні макроекономічні показники розвитку, можна очікувати збільшення обсягів страхових премій з ДМС, а зокрема роздрібних продажів ДМС, та прогнозувати посилення конкурентної боротьби між страховиками за сегмент страхувальників фізичних осіб.

### **3.5.3 Шляхи зміцнення фінансового підґрунтя добровільного медичного страхування в Україні**

Надання медичних послуг з використанням добровільного медичного страхування в умовах становлення ринкової економіки характеризується дією цілої низки соціальних, правових та економічних чинників, які негативно впливають на його стан і стримують його розвиток. Найвагомішими серед них є невизначеність статусу і перспектив медичного страхування на загальнодержавному рівні, недовіра більшості населення до страхових компаній, відсутність розвиненої інфраструктури даного ринку, незбалансованість економічних інтересів суб'єктів ринку, брак професійно підготовлених спеціалістів, відсутність фінансування превентивних заходів тощо.

Таке становище обумовлює необхідність пошуку дієвих механізмів, які здатні сприяти вирішенню вище зазначених проблем. Одним з таких механізмів і є фінансування превентивних заходів у добровільному медичному страхуванні.

Відомо, що кожна гривня, витрачена на проведення заходів, спрямованих на зниження рівня захворюваності та покращення здоров'я населення, економить десятки гривень, що витрачаються на лікування, реабілітацію, допомогу по інвалідності. Ще М.І. Пирогов зазначав, що майбутнє належить медицині попереджувальній [40, с. 512].

Традиційно в нашій країні перевага надається лікувальній медицині – «медицині хвороби». Проте, як показують дослідження, лише 15-20 % осіб є хворими, 15-20 % – практично здоровими, 60-70% знаходяться в

приграничному стані – балансують між здоров'ям та хворобою доти, поки компенсаторні здібності організму мають достатній запас міцності. Такі люди досить часто випадають із поля зору медиків, оскільки не звертаються за медичною допомогою [41, с. 512].

Проведені нами дослідження доводять, що на необхідності проведення профілактичних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я людей, наголошують науковці, які працюють у сфері соціальної медицини, це Москаленко В., Голяченко А., Грузева Т. та інші. Страховики як практики, не приділяють цьому питанню належної уваги, і це значним чином позначається на збитковості медичного страхування (рівень виплат у 2006 році склав майже 63 %).

На нашу думку, доцільно приділити увагу «медицині здоров'я» – здоров'ю здорових людей для того, щоб утримати їх у такому стані. Напрямом даної стратегії є проведення масштабних профілактичних заходів, які включають здійснення загальнодержавної програми профілактики захворювань. Спеціалістами підраховано, що реалізація заходів з профілактики тільки двох з найбільш поширених факторів ризику для здоров'я (артеріальної гіпертонії і тютюнопаління) приведе до зниження за п'ятирічку їх поширення на 20%, зменшення смертності від серцево-судинних захворювань – на 15 %, що рівнозначно збереженню здоров'я життя приблизно 25 тисячам чоловік працездатного віку [42, с. 5].

Основні напрями стратегії мають включати в себе як розробку так і підтримку здійснення профілактичних програм; проведення законотворчої діяльності та скоординованої політики планування та впровадження профілактичних програм; переорієнтацію служб охорони здоров'я на пріоритет надання амбулаторно-поліклінічної допомоги та посилення профілактичної спрямованості в діяльності служб охорони здоров'я; навчання населення здоровому способу життя та впровадження програм медико-санітарної освіти, спрямованих на активну стійку мотивацію збереження і зміцнення здоров'я; проведення досліджень і маркетингу з метою вибору найбільш ефективної стратегії і тактики профілактичних програм і механізмів їхньої реалізації.

Потрібно врахувати і той факт, що самостійно галузь охорони здоров'я не зможе справитися з існуючими проблемами через відсутність фінансових ресурсів для забезпечення профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я людей. Фінансове забезпечення наведених заходів по збереженню здоров'я нації країни могло б бути реалізоване за рахунок більш повного використання можливостей добровільного медичного страхування.

Яким чином це стосується страховика, і як страхова компанія може впливати на фактори ризику для здоров'я та здійснювати профілактику захворювань. Як ми вважаємо, це наявні економічні важелі впливу: зменшення розміру страхової премії для страхувальників, які зберегли своє здоров'я і не зверталися за медичною допомогою, фінансування профілактичних заходів, спрямованих на зменшення ризику захворіти (вакцинація, профілактичні огляди), фінансування наукових досліджень з пошуку, розробки і впровадження



ефективних методів лікування, підняття на вищий рівень та фінансування соціальної реклами, яка пропагує здоровий спосіб життя – відмову від тютюнопаління, зайняття спортом тощо.

Досліджуючи роботи присвячені актуарним розрахункам у медичному страхуванні, ми дійшли висновку, що в структурі страхового тарифу не передбачена частка коштів, яка направлялася б на запобігання або зменшення ймовірності настання страхового випадку. Це дає підстави стверджувати про доцільність введення в структуру страхового тарифу з добровільного медичного страхування обов'язкового елементу «витрати на превентивні заходи». Проведення превентивних заходів дозволяє поліпшити показники збитковості проведення медичного страхування на комерційній основі, отже – знизити ціну такого страхування і зробити його більш доступним для широких верств населення.

Формування резерву превентивних заходів необхідно передбачити з метою організації і проведенні профілактичної роботи, для впровадження нових методів діагностики і лікування, при вдосконаленні нормативної бази з медичного страхування.

Досліджуючи економіку страхування, вважаємо, що страховикам доцільніше фінансувати заходи які спрямовані на запобігання ризику, ніж відшкодовувати наслідки його прояву. На нашу думку, для страхових компаній з'являється новий напрям інвестування коштів у превентивні заходи, спрямовані на запобігання та зменшення захворюваності застрахованих.

До Закону України «Про страхування» доцільно було б внести зміни, які б передбачали зобов'язати страхові організації формувати в обов'язковому порядку резерв превентивних заходів з добровільного медичного страхування, а також створити ефективну систему контролю з боку держави, що дасть змогу економічними, адміністративними та іншими засобами досягти інвестування фінансових ресурсів резерву превентивних заходів у суспільну безпеку. Інвестування в здоров'я людини дає в п'ять разів більшу віддачу ніж інвестиції в матеріальні активи [43, с. 3-6].

З практичної точки зору організація страхового захисту є системою заходів страховиків зі створення фондів грошових коштів для відшкодування втрат страхувальників у зв'язку з настанням подій, визначених договором страхування. При цьому страховики здійснюють свою діяльність у певному економіко-правовому просторі. В інтересах суспільства в цілому цей простір повинен максимально забезпечити сприятливі умови для реалізації ефективного варіанта страхового захисту на макрорівні.

Перед нами була поставлена мета дослідити, наскільки існуючі принципи формування страхових резервів у медичному страхуванні здоров'я відповідають поставленому завданню досягнення страхового захисту в його глобальному розумінні та виявити можливі напрями вдосконалення цих принципів з урахуванням багатогранності проблеми, що зумовлено відмінністю економічних інтересів страхувальників, страховиків і держави. Доведено, що якщо інтереси не збалансовані, то система страхового захисту діє неефективно.

Вирішення цього завдання неможливо без створення комплексної системи превентивних заходів, які дають можливість за рахунок проведення робіт із запобігання несприятливим подіям значно скоротити їхню кількість, а також зменшити можливі втрати щодо подолання наявних.

Законодавством України не передбачене формування страховими компаніями резерву превентивних заходів, то, як наслідок, законодавчо обмежується використання потенціалу превентивної функції страхування як засобу впливу на ризики з метою зменшення ймовірності їхнього прояву. Відкидається можливість використання коштів резерву превентивних заходів для інвестування в суспільну безпеку (через збереження життя, здоров'я); особливо це актуально за умови дефіциту бюджетних коштів для фінансування профілактичних заходів з охорони здоров'я населення – зниження ризику захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення, скорочення кількості страхових випадків тощо.

Сума страхових премій, яка надходить до страховика за договорами медичного страхування, має бути достатньою для вирішення страховиком таких завдань:

- виплати відшкодувань за укладеними договорами страхування;
- покриття витрат на здійснення діяльності страхової компанії;
- забезпечення прибутковості операцій;
- фінансування попереджувальних заходів.

Виходячи з цього, страхова премія є неоднорідною за складом і має дві частини, відмінні за призначенням: нетто-премії, що йдуть на створення страхового фонду для компенсації збитків, і навантаження, що забезпечує покриття витрат на ведення справи, і прибуток. На нашу думку, в структурі страхового тарифу з медичного страхування доцільно передбачити витрати на проведення превентивних заходів.

Калькуляція частки навантаження в страховому тарифі здійснюється методом економічних розрахунків на основі внутрішньої статистики страхової компанії. Для цього за даними бухгалтерського обліку визначається загальна сума витрат страховика на ведення справи і, відповідно, частка цих витрат у загальній масі зібраної брутто-премії. До цієї частки, скоригованої відповідно до планових змін майбутнього періоду, додається частка відрахувань до резерву превентивних заходів і запланована частка прибутку. Отримана величина є частиною навантаження в страховій брутто-премії. Питома вага елементу навантаження – відрахування до резерву превентивних заходів – у структурі страхового тарифу має визначатися страховиком самостійно та індивідуально для конкретного страхового продукту з добровільного медичного страхування, з урахуванням передбаченого та гарантованого обсягу профілактичних заходів згідно з програмою страхування та необхідного розміру фінансових ресурсів, достатнього для забезпечення можливості їх виконання.

На величину страхового тарифу істотно впливає і конкуренція. Тому відповідно ставка премії з урахуванням вищенаведених принципів може



виявитися неконкурентоспроможною порівняно з цінами інших страховиків на аналогічні продукти добровільного медичного страхування. Щоб запобігти цій ситуації, Комісія з регулювання ринку фінансових послуг має затвердити методику розрахунку страхового тарифу з медичного страхування – обов'язкову для всіх страхових компаній, які займаються реалізацією послуг з добровільного медичного страхування. Дана методика передбачатиме обов'язкове включення елементу «відрахування до резерву превентивних заходів» у структуру тарифної ставки.

З прийняттям цього положення ще одним звітним документом про рух грошових коштів у медичному страхуванні має бути «Звіт про використання коштів резерву превентивних заходів» із зазначенням конкретних напрямів використання цього резерву. Призначенням такого звіту має стати контрольна функція страхування, тобто можливість оцінити ефективність профілактичних заходів, спрямованих на зменшення захворюваності населення з визначення найбільш ефективних із них.

Робота яка має проводитися страховими організаціями з підвищенням якості добровільного медичного страхування через фінансування профілактичних заходів за рахунок коштів резерву превентивних заходів є важливим компонентом страхової діяльності. Це є першим напрямом реалізації можливостей превентивної функції страхування у ДМС.

На нашу думку, та думку страховиків, кількість укладених договорів з добровільного медичного страхування далека від оптимальної. Більша частина населення країни не має ані бажання, ані фінансових можливостей для укладання договорів ДМС. Відсутність бажання укласти договори добровільного медичного страхування часто проявляється і у людей, котрі мають фінансові можливості. Якщо наміри і з'являються укласти договір з ДМС, то причиною цього зазвичай є намагання застрахованих отримати максимальний обсяг медичної допомоги за мінімальний проміжок часу і якнайшвидше повернутися до роботи. Як страховий випадок розглядається захворювання або травма. Такий підхід не дозволяє через добровільне медичне страхування зменшувати захворюваність населення, оскільки протягом дії договору ДМС активний вплив на пацієнта з метою зменшення ризику розвитку тієї чи іншої патології частіше за все не передбачається. Відповідно можливості добровільного медичного страхування, на нашу думку, можуть бути розширені за рахунок зменшення тарифної ставки з метою охоплення добровільного медичного страхування широких верств населення, а також для активного впливу на захворюваність, за рахунок корекції уявлення про те, що може розглядатися як страховий випадок у добровільному медичному страхуванні.

Зниження тарифних ставок у добровільному медичному страхуванні можливе при впровадженні його наступного варіанту. При укладанні договору страхування клієнт за рахунок резерву превентивних заходів страхової компанії проходить обстеження із визначенням ступеня дезінтеграції фізіологічних функцій для прогнозу ймовірності захворювання. У клієнта також необхідно визначити основні фактори ризику і найбільш вразливу функціональну систему.

Відповідно клієнт буде страхуватися не від усіх можливих захворювань, а від найбільш імовірних. Страхова сума буде меншою, а визначення ступеня дезінтеграції функції дозволить зменшити тарифну ставку застрахованого з більшими функціональними резервами. Ця схема, крім збільшення кількості застрахованих, дозволить стимулювати підвищення кваліфікації лікарів. Оцінка ступеня дезінтеграції фізіологічних функцій можлива за умови використання поліпараметричного методу або інших подібних методів.

Розробляючи оздоровчі програми, орієнтовані на резерв превентивних заходів для тих чи інших колективів, страховики будуть нібито повертати частину страхових премій цим організаціям, і це дасть їм право розраховувати на їх дольову участь і на участь самих членів колективу в оплаті таких програм з добровільного медичного страхування.

Резерв попереджувальних заходів може стати одним із найдієвіших противитратних важелів у системі медичного страхування, ефективним засобом залучення додаткових грошових ресурсів у систему охорони здоров'я, стабільним джерелом фінансування цілого комплексу заходів, які позитивно впливають на здоров'я населення.

Двоїтий характер діяльності страховиків дає можливість здійснювати їм інвестиційну діяльність, яка є похідною від основної страхової діяльності. Це зумовлено особливістю укладання договорів страхування, яка передбачає для страховика протягом певного періоду розпоряджатися коштами, отриманими від страхувальників, інвестуючи їх у різні сфери, відповідно до законодавства. Для страховиків важливо, щоб їхні вкладені кошти були прибутковими і якомога менш ризиковими. Страхові компанії, які займаються ДМС, мають важливу сферу здійснення своїх інвестицій, в розвитку якої зацікавлена держава – охорону здоров'я. Інвестуючи частину своїх коштів у запобігання страховим випадкам, страховики знижують страхові ризики, що в свою чергу призводить до зменшення обсягів страхових випадків. Страховики можуть направляти частину коштів на фінансування профілактичних заходів, які запобігають хворобі або знижують її тяжкість, і таким чином зменшувати кількість страхових випадків і розмірів страхових виплат.

Корисним у плані фінансування профілактичних заходів за рахунок коштів медичного страхування є досвід Росії, де вже багато років діє ОМС. Страхові медичні компанії, що працюють в системі ОМС, у законодавчому порядку формують резерв превентивних заходів. Основними напрямками використання коштів цього резерву є: придбання обладнання, оргтехніки для медичних установ (70 %), придбання медикаментів (15 %), підвищення кваліфікації медичних працівників (8 %), проведення профілактичних заходів (3,4 %), придбання вакцини, імунопрепаратів (1,7 %), медико-інформаційні програми, пропаганда здорового способу життя, розвиток медичної допомоги (0,5 %)[44].

Відповідно до вищевикладеного, можна виділити такі пріоритетні напрями інвестування коштів резерву превентивних заходів: фінансування профілактичних заходів, спрямованих на запобігання певної хвороби; фінансування заходів страхувальника-підприємця, спрямованих на



запобігання та зниження травматизму і захворюваності застрахованих; придбання медичного обладнання і передання його у лізинг ЛПУ, з яким працює страховик, хоча законодавчо це є неможливим, оскільки державним підприємствам на сьогодні заборонено брати обладнання у лізинг, а страховикам інвестувати кошти в основні засоби, фінансування розробки програм медичного страхування, які стимулюватимуть страхувальників зберігати своє здоров'я.

Для того, щоб обґрунтувати фінансові рішення щодо інвестування частки коштів страховиків у профілактичні заходи потрібно опрацювати модель оптимізації інвестиційної діяльності страхових медичних компаній. Досліджена модель інвестування коштів страховика в систему охорони праці на підприємстві, яке страхує своїх працівників (підприємстві-страхувальникові). Напрямок інвестування в превентивні заходи, спрямований на запобігання та зменшення травматизму та професійних захворювань на виробництві зумовлений розмірами медичних, соціальних і моральних збитків окремим людям та всьому суспільству.

Україна, як і інші країни з розвинутою економікою потребує серйозних досліджень з визначенням економічних втрат у зв'язку з нещасними випадками і професійними захворюваннями. У США, за підрахунками американських вчених, такі втрати у 2000 році становили 171 млрд. доларів; у Великій Британії з виробничих причин реєструється втрата 18 млн. робочих днів, що становить 11 млрд. фунтів стерлінгів збитків щорічно. Це більше, ніж втрати від серцево-судинних захворювань або від злоякісних новоутворень. У масштабах України плата за нещасні випадки на виробництві і профзахворювання є дуже високою. За шкоду, завдану здоров'ю людини, суспільство має платити. Та економічно доцільніше здійснювати профілактичні заходи, спрямовані на поліпшення умов праці і медичного обслуговування. Рівень травматизму і професійного захворювання прямо пов'язаний з умовами праці на виробництві. За даними Держкомстату України, в країні кожен четвертий (24,7 %) працює в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам та параметрам вмісту пилу та хімії у повітрі робочої зони, вібрації, шуму, інфра-ультразвуку, іонізуючого і неіонізуючого випромінювання тощо [45, с. 26].

Найнебезпечнішими умовами праці характеризується вугільна промисловість (74,1 %), металургії (59,6 %), нафтовидобувній (50,6 %), хімічній і нафтохімічній галузях (43,2 %). Відповідно за даними санепідемслужби МОЗ України, лише на 15-18 % підприємств країни не виявлено серйозних порушень санітарних норм і не реєструвалися профзахворювання. За даними Держкомстату з 2000-2007 рр. на виробництві в Україні сталося 1093519 нещасних випадків, з них 20682 – з летальними наслідками. У відповідності до летальних випадків на 1000 працюючих Україна значно випереджає такі країни, як Велика Британія, Японія, Швеція, Німеччина. У нас показник рівня травматизму сягає 0,104, тоді як у вказаних країнах він

становить: у Великій Британії – 0,016; Японії – 0,02; Швеції – 0,032; Німеччині – 0,08.

Вищеподані показники свідчать про необхідність пошуку шляхів удосконалення системи профілактичних заходів від травматизму, пов'язаного з виробництвом. Нами було досліджено, що серед інфекційних захворювань найбільшу питому вагу має грип, він є найбільш поширеним і небезпечним за своїми непередбаченими наслідками, особливо в зимово-весняний період. При захворюванні на грип найнебезпечнішим є його ускладнення.

Витрати на медичну допомогу під час епідемії грипу становлять витрати на стаціонарне лікування, тим чи іншим чином пов'язане з грипом. За статистичними даними, кількість стаціонарних хворих під час епідемії грипу зростає в 2-6 разів, у середньому це означає збільшення випадків госпіталізації на 800 випадків на 100 000 жителів [46].

Економіка країни під час епідемії несе значні збитки, пов'язані зі зниженням ефективності виробництва, а також додатковими витратами на амбулаторне та стаціонарне лікування хворих. Витрати у зв'язку із цим захворюванням слід поділяти на прямі – медичні витрати (оплата праці медичних працівників, лікарські засоби, вартість госпіталізації і т.п.) та непрямі, які головним чином пов'язані з витратами компанії (невихід працівників на роботу, зниження продуктивності праці і т.п.). При цьому непрямі витрати складають, як правило, половину всіх витрат, пов'язаних із хворобою. Питома вага днів непрацездатності, пов'язаної із захворюваністю на ГРВІ, грип, у загальній структурі причин непрацездатності складає в середньому 65 % [47].

Перелічені вище фактори у відповідності зі статистичними даними свідчать про високий рівень захворюваності та величину економічних витрат при можливості захворіти на грип та ГРВІ і дало можливість для побудови економіко-математичної моделі.

Стратегія поведінки страхової компанії вимагає розрахунку фінансових наслідків впровадження того чи іншого варіанта дій. Найбільш достовірними можна вважати результати статистичних досліджень за наслідками прийнятих рішень. Підхід до пошуку оптимального варіанта майже завжди неприйнятний, оскільки вимагає значних витрат часу, фінансових ресурсів та пов'язаний з високим рівнем ризику. Етап прийняття відповідних рішень завжди вимагає прогнозування його результатів, яке можна здійснити за допомогою математичного моделювання відповідних процесів.

Скориставшись моделлю Бернуллі, побудуємо математичну модель функціонування страхової компанії для розроблення оптимальної стратегії впровадження превентивних заходів у медичному страхуванні.

При побудові моделі Бернуллі виходимо з наступного: основним показником функціонування компанії є рух коштів від клієнтів до компанії і у зворотному напрямі;

- у сфері ДМС необхідно враховувати сезонний характер факторів, що впливають на ймовірність виникнення страхових випадків;



- математична модель має бути придатною для побудови на її базі імітаційної обчислювальної моделі та проведення обчислювальних експериментів.

Базовим параметром при моделюванні процесу виникнення страхових випадків є ймовірність появи страхового випадку протягом одиниці часу. Скористаємося статистичними даними, наведеними в [48]: кількість спостережуваних у групі – 186 осіб; не захворіло протягом року – 8 осіб; захворіло без ускладнень – 27 осіб; захворіло з ускладненнями – 68 осіб; захворіло з ускладненнями та загостренням хронічних хвороб – 83 особи [48].

Оскільки ми маємо справу зі спостереженням за значною кількістю однотипних об'єктів, то можемо скористатися моделлю Бернуллі: проводиться серія  $n$  незалежних випробувань, в кожному з яких ймовірність настання деякої події  $A$  стала і дорівнює  $p$ . Кращою статистичною оцінкою параметра  $p$  у такому разі є відношення кількості випробувань, де настала подія  $A$ , до загальної кількості проведених випробувань. На базі статистичних даних можемо отримати наступні оцінки ймовірностей: ймовірність захворювання однієї особи протягом року:  $P_1 = \frac{27 + 68 + 83}{186} = 0,957$ ;

- умовна ймовірність виникнення ускладнень під час хвороби:

$$p_2 = \frac{68 + 83}{27 + 68 + 83} = 0,848 ;$$

- умовна ймовірність загострення хронічних хвороб при виникненні

$$\text{ускладнень: } p_3 = \frac{83}{68 + 83} = 0,549.$$

Явно сезонний характер процесу захворюваності стосовно інфекційних хвороб не дозволяє скористатися моделлю Пуассонового потоку подій та обрати 1 рік як одиницю часу. Оскільки, Пуассонів потік подій має за означенням такі властивості: стаціонарність (ймовірність виникнення  $k$  подій в будь-якому проміжку часу залежить тільки від числа  $k$  та тривалості  $t$  проміжку часу), „відсутність післядії” (ймовірність появи  $k$  подій в будь-який проміжок часу не залежить від того, чи з'являлись або не з'являлись події в моменти часу, що передують проміжку, що розглядається), ординарність (поява двох або більше подій за малий проміжок часу практично неможлива). Ситуація залишається стаціонарною протягом нетривалого проміжку часу, тому за одиницю часу оберемо 1 день.

Потрібно визначити ймовірність того, що окрема людина не захворіє протягом одного дня. Ймовірність не захворіти протягом року дорівнює. За формулою Бернуллі ймовірність настання  $k$  успіхів у  $r$  експериментах дорівнює  $P_r(k) = C_r^k p^k (1-p)^{r-k}$ , де  $p$  – ймовірність успіху в одному експерименті. Позначимо  $p_4$  – ймовірність не захворіти протягом дня. Тоді для розрахунку ймовірності не захворіти протягом року в цій формулі необхідно покласти  $p = p_4$ ,  $k = r = 365$  (кількість днів за рік),  $P_r(k) = 0,043$ . Звідки отримаємо  $0,043 = C_{365}^{365} p_4^{365} (1-p_4)^0$ . Отже:  $p_4 = \sqrt[365]{0,043} = 0,99142$ .

Це число виражає середню опірність організму, що не залежить від сезонних коливань. Ця величина є індивідуальною особливістю організму. Це враховано в моделі шляхом випадкового вибору значення  $p_4'$  для кожного застрахованого окремо шляхом моделювання випадкової величини з  $\beta$ -розподілом, математичне сподівання якої дорівнює  $p_4$ . Отже, забезпечення необхідного значення математичного сподівання відбувається за допомогою розв'язування рівняння:

$$\int_0^1 x \cdot W_{\beta}(x, s_1, s_2) dx = p_4, \quad (3.1)$$

де  $W_{\beta}(x, s_1, s_2) = \frac{\Gamma(s_1 + s_2)}{\Gamma(s_1) \cdot \Gamma(s_2)} \cdot x^{s_1-1} \cdot (1-x)^{s_2-1}$  ( $s_1, s_2 > 0, 0 < x < 1$ ) – імовірність  $\beta$ -розподілу. При фіксованому значенні  $s_2 = 10$  маємо з рівняння  $s_1 = 1,15516 \cdot 10^3$ .

При даних параметрах імовірності  $\beta$ -розподілу має вигляд, поданий на рис. 3.7. [95, ст. 400].

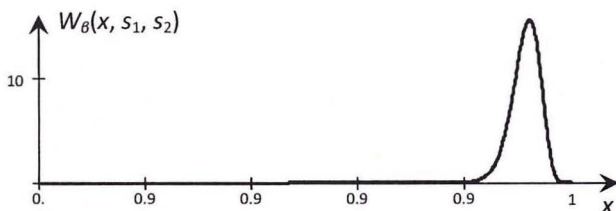


Рис. 3.7 Розподіл випадкової величини, що моделює рівень постійної опірності організму

Сезонні зміни рівня опірності моделюються за допомогою гармонічної функції виду  $p_5(i) = A \cdot \sin\left(2\pi \cdot \frac{i-151}{r}\right)$ ,

де  $i$  – номер поточного дня від моменту початку спостереження,  $r = 365$ , доданок  $-151$  забезпечує те, що саме кінець травня є тим моментом, коли сезонна «добавка» імунітету змінює свій знак з «-» на «+». Амплітуда  $A$  моделюється як реалізація випадкової величини, що є квадратом нормально розподіленої випадкової величини з параметрами  $m = 0,0028$  та  $\sigma = 0,001$ .

Такий розподіл  $W_{N2}(x, m, \sigma)$  зображено на рис. 3.8 [49, ст. 400].



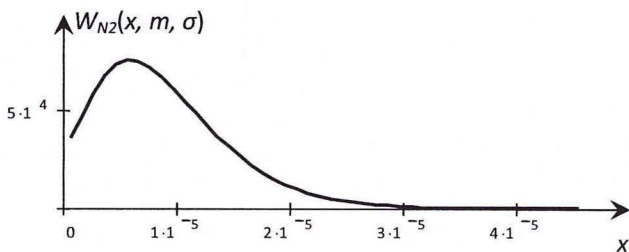


Рис. 3.8 Розподіл амплітуди сезонних коливань імунітету

Важливу роль в забезпеченні опірності організму до хвороб відіграє набутий специфічний імунітет. У окремих джерелах зазначається, що набутий імунітет стосовно грипу не є тривалим і падає майже до нуля (хоча антитіла зовсім ніколи не зникають) протягом 6-12 місяців [48]. Відповідно для моделювання цього процесу нами обраний даний механізм:

$$p_6(i) = B \cdot \exp\left(-\frac{(i-d)^2}{D}\right), \quad i \geq d, \quad (3.2)$$

де  $d$  – номер дня виникнення імунітету,  $B$  і  $D$  – реалізації випадкових величин з щільностями  $W_{N2}(x, 0.12, 0.007)$  та  $W_{N2}(x, 229.25968, 15)$  відповідно. Характерний вигляд цієї функції при  $d=0$  зображено на рис. 3.9.

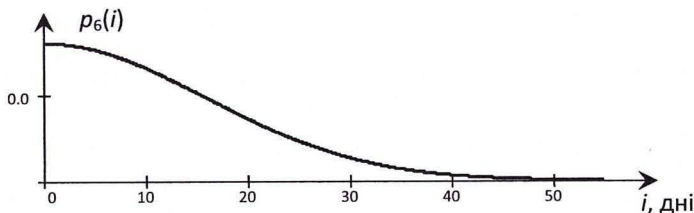


Рис. 3.9 Механізм падіння набутого імунітету

Виникнення кожного нового випадку імунізації (захворювання чи вакцинація) викликає автоматичну зміну параметра  $d$  даної функції та перерахунок параметрів  $B$  і  $D$ . Отже, загальний рівень опірності організму визначається наступним чином:  $I(i) = p_4 + p_5(i) + p_6(i)$ .

Дана функція опірності організму протягом 2-х років наведено на рис. 3.10.

Оскільки дана сума може набувати значень більших за 1, то користуватися нею безпосередньо як даністю неможливо. Тому імовірність того, що окрема особа захворіє в поточний день  $i$  розраховуємо за формулою.

$$P(i) = \begin{cases} 0, I(i) \geq 1, \\ 1 - I(i), I(i) < 1, \\ 1, I(i) < 0. \end{cases} \quad (3.3)$$

імовірність того, що  $I(i) < 0$  надзвичайно мала.

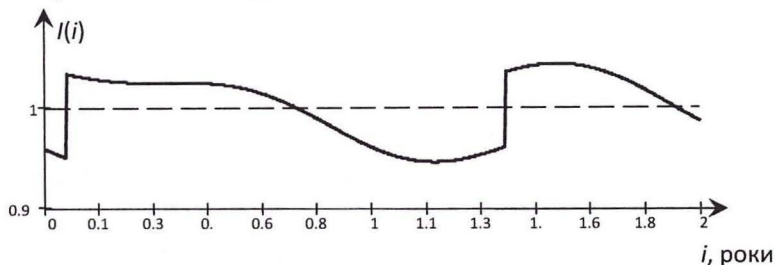


Рис. 3.10 Функція опірності організму [95, ст. 400].

Дослідження показують наступні середні вартості для одного з районів Києва: одна вакцинація 199 грн.; лікування неускладненого випадку грипу – 92 грн.; лікування ускладненого випадку – 235 грн.; лікування ускладненого випадку (з загостренням хронічних захворювань) – 452 грн.

Наступний процес моделювання полягає в повторенні спостереження протягом заданої кількості років  $K$  для певної кількості застрахованих осіб  $N$  з фіксацією виникнення тих чи інших подій та їх фінансових наслідків.

Модель забезпечує відтворення 4-х стратегій поведінки компанії: 1) без проведення превентивних заходів; 2) одна вакцинація всіх застрахованих на рік; 3) дві вакцинації; 4) повний курс профілактики – три вакцинації на рік. Математична модель побудована за допомогою Mathcad версії 11.0a. Отримали наступні результати імітаційного моделювання та вибору оптимальної стратегії діяльності страхової компанії. Припустимо, що компанія має  $N = 1000$  застрахованих осіб. Будемо вести спостереження протягом двох років. Нехай компанією обрано стратегію №1 – без проведення превентивних заходів. У результаті моделювання процесу захворюваності і поточних витрат маємо криві, зображені на рис. 3.11 [48, с. 400].



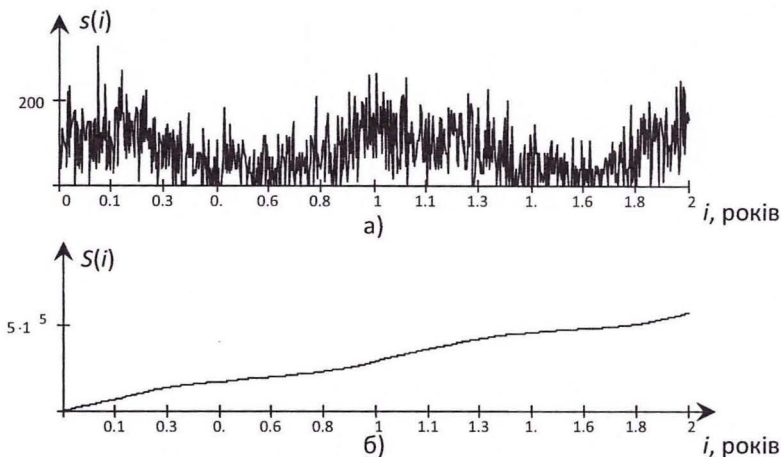


Рис. 3.11 Витрати компанії (а) та сумарні витрати (б)

Сумарні (накопичені або інтегральні) витрати розраховуємо за формулою

$$S(i) = \sum_{j=1}^i s(j) \quad (3.4)$$

де  $s(j)$  – сума витрат компанії по всіх клієнтах протягом  $j$ -го дня.

У результаті розрахунків отримаємо: сумарні витрати за два роки становлять

$$S = S(2 \text{ р.}) = 580442 \text{ грн.};$$

- середні витрати в перерахунку на одну особу за місяць

$$m = \frac{S(2 \text{ р.})}{2 \cdot 12 \cdot N} = 24,19 \text{ грн.};$$

- середньоквадратичне відхилення витрат

$$\sigma = \sqrt{\sum_j s^2(j) - m^2} = 18,28 \text{ грн.};$$

- максимальне значення витрат

$$M = \max_{i \in [0; 2]} (s(i)) = 99,34 \text{ грн.};$$

- кількість випадків захворювання на 1000 осіб  $z_1 = 1949$ ;
- загальна кількість випадків захворювання з ускладненнями  $z_2 = 1655$ ;
- у тому числі з загостренням хронічних хвороб  $z_3 = 900$ .

У відповідності з підрахунком на одну особу за один рік отримаємо оцінку ймовірностей  $\tilde{z}_1 = 0,975$ ,  $\tilde{z}_2 = 0,849$ ,  $\tilde{z}_3 = 0,544$ , що знаходиться в межах

статистичних похибок для ймовірностей  $p_1$ ,  $p_2$ ,  $p_3$ , розрахованих у попередньому параграфі. Це свідчить про те, що модель адекватно відтворює задані їй параметри.

Розмір щомісячного страхового внеску з міркувань забезпечення того, щоб рівень виплат дорівнював 70 %:

$$St = \frac{ms}{0,7} = 34,55 \text{ грн.}$$

Поточне значення накопиченого прибутку компанії розрахуємо за формулою:

$$Pb(i) = Z + 12 \cdot St \cdot N \cdot i - S(i),$$

де  $Z$  – початкова сума вільних коштів компанії.

Розраховуємо мінімальне необхідне значення  $Z$  як мінімум значення функції  $Pb(i)$ , розрахований при  $Z = 0$ , і взятий з протилежним знаком (якщо він від'ємний); якщо мінімум додатний, то  $Z$  можна обрати рівним 0. У даному експерименті необхідно взяти  $Z = 10000$  грн. Сума прибутку на кінець 2-го року становить 232783 грн., а приріст коштів становить  $\Delta P = 232783 - 10000 = 222783$  грн.

Розглянемо інші стратегії поведінки компанії, проведемо обчислювальний експеримент, а дані для зручності порівняння зведемо в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

**Економічні та медичні показники  
за умов вибору різних стратегій поведінки компанії [98]**

Стратегія	№1	№2*	№2	№3*	№3	№4*	№4
Сумарні витрати, $S$ , грн.	580442	469091 385343	366106 282442	348899 181571	267579 100041	379817 128111	304113 52281
Середні витрати, $m$ , грн.	24,19	19,55 16,06	15,25 11,77	14,54 7,56	11,15 4,17	15,83 5,34	12,67 2,18
Середньоквадратичне відхилення, $\sigma$ , грн.	18,28	16,19	12,55	14,61	8,40	13,06	5,70
Максимальне значення, $M$ , грн.	99,34	83,37	68,83	99,31	65,56	80,18	42,40
Захворюваність, %	97,5	64,6	48,4	30,4	16,9	22,0	8,9
Приріст коштів за два роки, грн.	222783	334790 180704	437116 140517	455545 135135	535643 102701	424522 146897	499109 116723
Щомісячний страховий внесок, $\Delta P$ , грн.	34,55	34,55 22,16	34,55 21,79	34,55 20,77	34,55 15,93	34,55 22,61	34,55 18,10



Перший рік переходу від стратегії № 1 до будь-якої іншої є перехідним, оскільки до моменту проведення першого заходу (наприклад, вакцинації) діють закономірності, властиві для стратегії № 1, і лише після цього вступають в силу закономірності, характерні для новообраної стратегії (рис. 4). Тому в таблиці будемо позначати розрахунки для 2-го і 3-го року функціонування стратегії (стаціонарний режим), наприклад, як № 2, а для 1-го і 2-го – (перехідний режим) як № 2\*.

У рядках «Сумарні витрати» та «Середні витрати» вказано по два числа: перше відповідає повним витратам (сума витрат по виплатах клієнтам та витрат на превентивні заходи); друге відповідає прямим витратам (витрати по виплатах клієнтам). Середньоквадратичне відхилення та максимальне значення розраховані для прямих витрат. Превентивні заходи не тільки зменшують середній обсяг витрат, а й середньоквадратичне відхилення та максимальне значення прямих витрат. Отже, рівень витрат не тільки зменшується, а й стає більш стабільним, що дозволяє точніше прогнозувати фінансову ситуацію в компанії, значно зменшує рівень ризиків (надзвичайне збільшення виплат пов'язане з епідеміями тощо), дозволяє зменшити розміри резервного фонду і більш ефективно використовувати вільні кошти.

Приріст коштів компанії обчислюється при двох значеннях страхового внеску. Перший – фіксований 34,55 грн. – обчислено і оптимізовано для стратегії № 1. Другий – забезпечує рівень виплат в розмірі 70 %. Відповідно розраховано  $\Delta P$ .

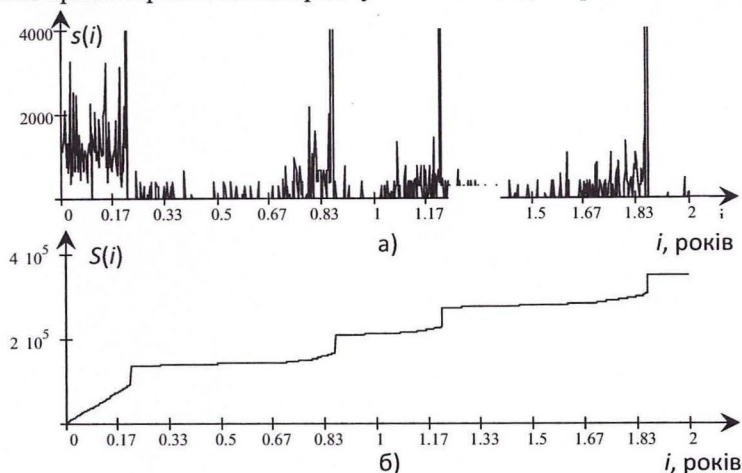
Як бачимо з рис. проведення превентивних заходів за стратегією № 3 в стаціонарному режимі при фіксованому страховому внеску забезпечує збільшення прибутку в 2,4 рази. При збереженні рівня виплат у розмірі 70 % отримуємо зменшення страхового внеску майже в 2,2 рази.

Ми бачимо, що дана модель не враховує збільшення контингенту застрахованих при зменшенні страхового внеску, тому отримуємо деяке зменшення рівня прибутків при переході до зменшеного страхового внеску. У реальних умовах значне зниження внеску призводить до суттєвого підвищення конкурентної спроможності компанії, збільшення кількості застрахованих і, відповідно, компенсації втрат. Можна розрахувати розмір страхового внеску, який зберігає темпи приросту коштів. Він становить 21,03 грн., що в 1,6 рази менше, ніж при стратегії № 1.

З економічного погляду стратегія № 3 є оптимальною. З соціального вона є досить приваблива, оскільки веде до зниження захворюваності майже в 5,8 рази. Отже, стратегія № 4 є ще більш ефективною (зменшення захворюваності майже в 11 разів).

Перехідний період від стратегії № 1 до стратегії № 3 вимагає запасу вільних коштів у розмірі близько 60 тис. грн. у разі збереження розміру страхового внеску, та близько 90 тис. грн. – у разі оптимізації страхового внеску. Тому можна рекомендувати компаніям на початковому етапі діяльності (півтора – два роки) стратегію № 1 з метою накопичення необхідних коштів, після чого – перехід до стратегії № 3.

Використаний в моделі підхід, з 1 днем дозволив виявити специфічні для даного виду страхування сезонні коливання рівня виплат. Розрахунок мінімального страхового внеску без урахування цих особливостей, може привести до фінансового краху компанії Побудована модель відтворює якісну картину позитивної динаміки фінансових потоків у добровільному медичному страхуванні при використанні попереджувальних заходів – рис. 3.12.



*Рис. 3.12 Поточні витрати (а) та сумарні витрати (б) при переході від стратегії № 1 до стратегії № 3[48, с. 400]*

Отже, враховуючи фінансові можливості медичних страхових організацій, доцільним є зосередження уваги на проведенні системи заходів попереджувального характеру, здійснення контролю та регулюванні рівня ризику в сферу суспільної охорони здоров'я та особистого життя. Економічна основа добровільного медичного страхування має залишатися сталою із запровадженням в дію загальнообов'язкового державного медичного страхування. В основу організації цих форм страхування доцільно залучити спеціально розроблені сумісні програми, які мають визначати основні принципи побудови фінансових взаємовідносин в системі медичного страхування та фінансуванні охорони здоров'я загалом. В основу розвитку медичного страхування має бути закладено чітке та виважене національне законодавство.



## Література

1. Загальна декларація прав людини 1948 р.
2. Голяченко О. Українська охорона здоров'я: як вийти із кризи. / О. Голяченко // Тернопіль: Лілея, 2000. – 84 с.
3. Дубинський Б. М. Методичні підходи до визначення соціальної, медичної і економічної ефективності охорони здоров'я / Б. М. Дубинський, Р. М. Макомела, В. В. Загородній та ін. – К.: Анкил, 2001. – 13 с.
4. Стецюк Т.І. Сутність медичного страхування та його місце у системі соціального захисту громадян // Стецюк Т. І. – Фінанси, облік і аудит: Збірник наукових праць – К.:КНЕУ, 2008. – Випуск 11. – С. 142-148.
5. Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування. / В. В. Рудень Львів, Облкнигдрук, 1999. – 304 с .
6. Лехан В. М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні // В. М. Лехан. К.: Сфера, 2001. – 174 с.
7. Нагайчук Н. Роль страхових медичних організацій у фінансуванні профілактичних заходів // Н. Нагайчук. Економіка: проблеми теорії та практики. Дніпропетровськ: ДНУ. 2004. – С. 64-69.
8. Гурман В. Е. Теория вероятностей и математическая статистика // Гурман В. Е. – М.: Высшая школа. 1998. – 400 с.